

Title	タイにおける「30バツ医療制度」の政策決定過程： 社会保障アジェンダをめぐる「対立」と「同盟」 に関するアクター分析
Author(s)	河森, 正人
Citation	大阪外国語大学論集. 34 p.93-p.108
Issue Date	2007-03-09
oaire:version	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/79998
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

タイにおける「30 バーツ医療制度」の政策決定過程 —社会保障アジェンダをめぐる「対立」と「同盟」に関するアクター分析—¹

河 森 正 人

The Policy-Making Process of the “30 Baht Universal Healthcare Scheme” in Thailand

KAWAMORI Masato

Many publications on East Asian welfare systems have appeared in the past five years. These studies cover issues of comparative welfare regimes, comparative institutional arrangements, policy implementation and so on. On the other hand, the studies on Southeast Asian welfare systems have just started off recently.

This paper examines the policy-making process of the “30 baht universal healthcare scheme” launched in order to give more priority to primary care units (PCU) by the Thai Government since April 2001. Under the “30 baht universal healthcare scheme”, a patient pays only 30 baht for a hospital visit and the rest is subsidized by the government and budgets are mainly allocated to community hospitals (contracting units for primary care : CUP) at a fixed per-capita rate based on the number of patients registered at each hospital (CUP).

A strategic policy coalition between bureaucrats and politicians was observed in the process of policy formation. Previous experience and investment in health care by the Ministry of Public Health (MOPH) was essential for implementation of the 30 baht scheme.

This paper notes that the “30 baht universal healthcare scheme” is a product of institutional rearrangement of Thailand’s medical care resources initiated by a coalition between “community health-oriented bureaucrats (*mo chonnabot*)” in MOPH and “populistic” Thai Rak Thai Party led by Prime Minister Thaksin Shinawatra. The “30 baht universal healthcare scheme” has fundamentally changed the allocation system of medical care resources among the three different levels of hospitals, that is, community hospitals (*rongphayaban chumchon*), provincial hospitals (*rongphayaban thua pai*) and regional hospitals (*rongphayaban sun*). The older system, with support of “advanced medicine-oriented bureaucrats”, another historically stronger faction of the MOPH, made it possible for large hospitals in charge of providing more advanced care and

treatment to enjoy higher funding.

In the legislative process of the National Health Security Bill, the “advanced medicine-oriented bureaucrats” faction lobbied against the bill. But the bill was passed almost unanimously by parliament in November 2002.

はじめに

1990 年代後半以降、韓国や台湾をはじめとする北東アジアにおける後発福祉国家（地域）の社会保障に関する議論が活発となり、方法的には政策決定過程論やレジーム論等の立場から、また対象範囲としては一国、北東アジア域内における比較研究、トランス・リージョナルな比較研究といった枠組みからアプローチする成果が数多く発表されるようになった。

これに対し最近、東南アジアについても徐々に各国の制度の紹介や比較研究がなされるようになってきている²。しかし一国レベルにおける詳細な政策決定過程論的研究はほとんどないのが現状である。1990 年代に入って福祉国家を志向し始めたかにみえるタイについて、まず「地域研究」の側からかかる政策形成プロセスを解明しようというのが本稿のねらいである。具体的には、2001 年 4 月以降段階的に導入された 30 パーツ医療制度³の政策形成・決定・実施にいたるプロセスを考察する。なお、30 パーツ医療制度について言及している末廣（2003）は、制度導入における政治家（2001 年の総選挙で第 1 党となったタイ愛国党党首のタクシン首相⁴）のリーダーシップと 1997 年憲法制定などにみられる民主化の流れに着目しているが、本稿では政治家と保健官僚の関係に焦点を当てたい。

結論を先取りして言えば、30 パーツ医療制度の確立は、保健省内における二大思想の一つである「地域保健医療の拡充重視路線」を掲げる「農村医師官僚」⁵と、新しい統治システムを志向するタイ愛国党が「同盟」した結果であると捉えることができよう。保健省内には、「保守派官僚」が掲げる「医療の高度化推進路線」と、さきの「農村医師官僚」が掲げる「地域保健医療の拡充重視路線」という二つの対立する思想が伝統的にあり、しばしば人事抗争に発展したという経緯があった。これを保健省の予算配分システムの視点から捉えなおすと、これまでは高度医療設備を持つ中核病院（病床数 500 以上）や一般病院（病床数 150－500）に相対的に厚く予算配分される仕組みになっており、「保守派官僚」が掲げる「医療の高度化推進路線」に沿った形になっていた。これに対し、30 パーツ医療制度導入の核心は、「農村医師官僚」がタイ愛国党と提携しながら、対象人口規模を算定根拠とする「人頭割配分制度」を契機にこうした保健省内の資源配分システムを根本的に変え、より基層レベルの郡病院（病床数 10－150）や保健所に資源が行き渡るよう組み替えようとした点である⁶。

一方、30 パーツ医療制度を政治システムの視点から捉え直すと以下のようなだろう。すなわち、CEO 型政治、ポピュリスト的政権などと形容されるタクシン政権は、議会制民主主義の回路により正当化された中央集権的な開発体制を新たに構築すべく、農民・イ

ンフォーマルセクターからの支持調達を長期的に保証するような政治体制を創り上げようとした。それまでのタイ政治における政権と選挙民との関係は、地方の有力政治家およびその派閥を中間項とした利益誘導政治によって説明されてきたが、タクシン政権はこうした伝統を打破し、村落基金や30 パーツ医療制度という中央と直結する回路を通じた、「中抜き」の「直接的」資源配分と支持調達のメカニズムを5年間という短期で確立したのである。

1. 「低所得者向け医療扶助制度」- 30 パーツ医療制度構築に際しての制度的コア

30 パーツ医療制度がタクシン政権成立3ヵ月後の2001年4月という早い時期に導入に着手することが可能であった理由として、官僚側の即応体制をまず指摘せねばなるまい。すなわち、1975年に導入された貧困患者（phu puai anatha）向け医療扶助制度（So. Po.No., のちに「低所得者向け医療扶助制度（So.Po.Ro.）」）や、1983年導入の母子保健衛生開発基金計画に端を発する健康カード・スキーム⁷など、同制度の基礎となる多くの蓄積が保健省内に存在していたのである。

30 パーツ医療制度以前のタイにおける社会保障スキームには、社会福祉スキーム（SWS、= 先述の「低所得者向け医療扶助制度」）、公務員・国営企業労働者医療保障スキーム（CSMBS）、社会保障基金スキーム（SSS）、労働者補償スキーム（WCS）、健康カード・スキーム（先述）、民間保険などがあり、さらにスキーム適用外の無資格者がいた。30 パーツ医療制度は、これらのうちの社会福祉スキーム（2000年時で2000万人/総人口比33%をカバー）、健康カード・スキーム（7～800万人/12%をカバー）を改組統合し、これに無資格者（1550万人/25%）を加えた人口をサービスの対象とするものである。以下、30 パーツ医療制度構築に際しての制度的コアとなった社会福祉スキームについて概観しておこう（表-1参照）。

タイにおける「低所得者向け医療扶助制度」は、ククリット政権下の1975年に開始され、病院担当者が月収1000 パーツ以下と認定した低所得者に対し、無償医療を提供することとした（避妊治療など15の診療項目を除く）のがその端緒である。1981年以降、はじめて3年間有効の「低所得者カード」が郡長名で発行されるようになり、認定手続きを経たのちに更新が可能となった⁸。その後1994年には、「低所得者向け医療扶助制度」がいずれの社会保障スキームによってもカバーされない60歳以上の高齢者、12歳以下の子供、障害者、退役軍人、僧侶にまで拡大された。「低所得者向け医療扶助制度」の財源は、30 パーツ医療制度と同じく一般税（general taxation）であった。予算は、まず実績主義（過去の登録受給者数、延べ通院回数に基づき、また年齢構造によって調整）に基づいて保健省から県に配分され、さらに県委員会の決定によって一般（県）病院、郡病院、保健所に配分された（Viroj, Siriwan & Samrit, 2003: 113-117）。

最も重要なのは、「低所得者向け医療扶助制度」を管轄すると同時に、「農村医師官僚」の中心的人物で30 パーツ医療制度の生みの親ともなったサグアン・ニッタヤーラムポン次官室健康保険事務局長（当時）らが、当時の保健省の予算配分システムを根本的に改革

表－1. 30 パーツ医療制度導入以前の医療保障制度に関する流れ

1910 年	外国企業が健康保険サービスを開始したのに伴い、民間保険規制法がはじめて施行される。
1945 年	政府は、医療機関の判断により貧困者の医療費を免除できる制度を導入。
1954 年	社会保険法を導入しようとする動きが出たが成功しなかった。商業車に対する強制適用などを定めた陸運第三者保護法が施行される。
1963 年	政府は公務員への医療費補助に関する規則を発表。
1967 年	「生命保険法」および「災害保険法」が施行される。
1973 年	労働災害補償のための基金が設立される。
1975 年	低所得者扶助制度（いわゆる So.Po.No.）が開始される。財源は一般財源。
1978 年	タイにおける最初の民間健康保険会社が設立される。
1979 年	「低所得者医療費扶助に関する保健省規則（1979 年）」が出される。医療機関の判断により、月収 1,000 パーツ以下の独身者、月収 2,000 パーツ以下の世帯が対象となる。
1980 年	公務員の医療費保障に関する規則、官報掲載。
1981 年	「低所得者医療費扶助に関する保健省規則」改正、独身者の月収基準が 1,500 パーツ以下に引き上げられる。世帯の場合は据え置き。
1981 年	「低所得者医療費扶助に関する首相府規則（1981 年）」が出され、村落委員の判断に基づき、世帯毎に 3 年間有効の福祉カード（bat songkhro）が発行される。医療機関の指定はなくすべての政府医療機関で利用可能。財源については一般財源から特別財源に移行された。
1982 年	低所得者医療費扶助制度が拡充され、薬の購入に限って扶助給付を受けることができる者を「Ko 種」、同制度の受給資格は基本的にはないが、特定回数の治療において医療機関長が認めた場合のみ受給が可能になる場合を「Kho 種」とする。
1983 年	「健康カード（bat sukkhaphap）」計画が開始される。村落内で村民拠出による基金が設立され、主として母子健康医療に活用される。
1984 年	「低所得者医療費扶助に関する首相府規則（1981 年）」が廃止され、「同規則（1984 年）」が出される。医療機関の指定が加わり、カードに記載されている出生地の保健所および病院の二カ所でのみ利用可能となる。
1984 年	「健康カード」計画第 2 期が開始され、家族単位のカードが発行される。
1987 年	「低所得者医療費扶助カード」の発行（第 3 期）が行われ、カードに記載されている出生地の保健所ないし病院の 1 カ所においてのみ利用可能となる。
1989 年	政府が、60 歳以上の高齢者の医療費を完全無料とする政策を発表。
1990 年	「1990 年社会保障法」が施行され、20 人以上の事業所の従業員が強制加入となる。
1991 年	「低所得者医療費扶助カード」の発行（第 4 期）が行われる。
1991 年	「1991 年身体障害者の能力回復に関する法律」および関連の省令が出される。「健康カード」計画第 3 期が開始され、実施にあたって「保険」原則が採用されるようになる。
1992 年	政府が、12 歳までの第 1 子、身体障害者、退役軍人、僧侶、見習僧の医療費を完全無料とする政策発表。
1992 年	「1992 年交通事故被害者補償法」が制定される。

1994 年	「低所得者医療費扶助に関する首相府規則 (1984 年)」が廃止され, 「1994 年国民医療福祉に関する首相府規則 (1994 年)」が出される。新たに「国民医療福祉カード (bat So.Po.Ro.)」が発行され (低所得者医療費扶助カードを含めると第 5 期), 月収 2,000 バーツ以下の独身者, 同じく 2,800 バーツ以下の世帯が対象となる。世帯毎にカードが発行され, 利用できる医療機関 1 カ所のみ。村落のリーダー, 保健ボランティア, およびその家族もこの制度の対象とする政策が打ち出される。
1994 年	「1990 年社会保障法」の強制適用が 10 人以上の事業所となる。
1998 年	「国民医療福祉カード」が発行される (第 6 期)。発行形態が世帯毎から個人毎に変更され, コンピュータに登録されることになる。出生地で受診, 保健所を含む医療機関がネットワーク化され, 国家レベルおよび県レベルの委員会によって制度が運営される。予算配分方式が県毎の人頭割りとなり, また高額医療費については「再保険方式 (reinsurance)」が採用される。さらに「診断グループ別支払い方式 (diagnostic related groups: DRGs)」および「総額予算方式 (global budget)」が採用される。
1999 年	世界銀行の「社会投資計画 (Social Investment Project: SIP)」から, 経済危機の影響を受けた国民 150 万人分の医療費補助予算として 2,780 万ドルの融資を受ける。その後, 同予算を 6 県 (バヤオ, ヤソートーン, ナコンサワン, サムットサーコーン, パトゥムターニー, ヤラー) における「低所得者医療扶助制度 (So.Po.Ro.)」に転用することで世界銀行と合意。

(出所) Phongphisut. (2004 : 2 - 12) などをもとに筆者作成。

しようとしたことである。すなわち, 1997 年にボーンチャイ・ヌットスワン首相府予算局次長に掛け合い, 1998 年度からこの「低所得者向け医療扶助制度」の予算配分システムを, 人頭割配分 (capitation), すなわち当該病院が管轄する対象人口毎に予算配分する仕組みに変更する旨合意させたのである。保健省と首相府予算局は, 「低所得者向け医療扶助制度」における一人当たり換算の年間の予算額を 280 バーツとすることで合意した。この変更によって自選挙区に多くの予算を配分させようとする政治家の介入を排除することが可能となったとサグアン自身述べている (Matichon, Dec. 13, 2003)。2000 年時点で保健省予算全体の約 15% に相当する 70 億バーツの規模を持つ「低所得者向け医療扶助制度」予算 (Wirot & Anchana 2002 : 125-126) が人頭割配分を採用することになったことの意味は大きかった。

「低所得者向け医療扶助制度」は, 今挙げた財源 = 一般税, 人頭割配分方式以外に, 郡内の保健医療行政において郡病院に強い権限を与える点などを運用上の特徴としていた。「低所得者向け医療扶助制度」の対象者は, その後 30 バーツ医療制度導入に伴い, そのまま同制度の「トー種 (Bat thong muat Tho.)」⁹に移行したが, 制度運用面でも上述の仕組みがそのまま採用された。2002 年の 30 バーツ医療制度関連の予算規模は保健省予算総額 659 億バーツの 72.8% を占める 480 億バーツに達したが (Wirot & Anchana 2002 : 25-26), その実態は上述のような意味で「低所得者向け医療扶助制度」の拡張であったと考えることができよう。

次にこうした予算配分システムの変更を, 保健省内の「政治」構造変化との係わり合いでみておこう。まず従来, 医療サービス供給のほぼすべてが, 中核病院と一般病院を管轄

する「次官室地方病院課」と、郡病院と保健所等¹⁰を管轄する同「地方保健課」によって管理されており、前者が190人、後者が230人の職員を擁し、この2つの課で実に300億バーツの予算を握っていた。他方1997年時点で、中核病院と一般病院が合わせて92ヶ所あり、合計38,642の病床を持っていたのに対し、郡病院は726ヶ所で病床数は27,230に過ぎなかったが、当時の予算配分システムでは、主として病床数や医療設備等を基礎にして配分されるので、高度医療設備を持つ中核病院と一般病院に厚い予算配分となっていた。また、「地方病院課」と「地方保健課」では予算算定方式が異なり、同じスペックの資材の購入、同じ規格の病棟の建設でも異なる単価が用いられることがあった。また昇進面でも差があり、中核病院や一般病院の院長ではC-9、C-10階級に行けることもあったが、郡病院の院長ではC-9に行けることはまずなかった(Wirot & Anchana, 2002: 114-115)。30 パーツ医療制度の核心は、「低所得者向け医療扶助制度」の予算配分システムを継承・発展させたことであり、より基層レベル（郡病院、保健所等）に資源が行き渡るように予算配分システムを組み替えることを通じて、保健省設立以来続いてきた人的面を含む資源配分の仕組みを根本から変更したことである¹¹。

次にこうした変革がどのような過程を経て実現したのかを見てみよう。

2. 30 パーツ医療制度の導入－「農村医師官僚」とタイ愛国党の同盟

(1) サグアン医師の役割

30 パーツ医療制度導入推進に向けて中心的な役割を果たしたのが先に触れたサグアン・ニッタヤラムポン医師である。サグアンはマヒドン大学医学部の学生であったククリット政権時から健康保険の導入に関心を持ち、サン・ハッティーラット医師やブラサーン・ダーンチャイ医師などこの分野に造詣の深い社会派医師に対し、自らが編集に関わっていた雑誌への寄稿を依頼した(Sanguan, 2005: 27)。他方、保健省は1970年代半ばから健康保険に関する調査研究を開始している。1976年からは外国人アドバイザーの協力を得て職員に健康保険の知識を吸収させるとともに、イギリスをはじめとする外国に留学させた。最も関係が強かったのがロンドン大学衛生熱帯医学大学院で、サグアンもベルギーのプリンス・レオポール熱帯医学校で修士号を取った後、ここで研修を受けた¹²。サグアンは早くから皆健康保険の導入プランについて、民主党、タイ国民党、セーリータム党等の政治家に話を持ちかけていたが、予想される予算規模の大きさからいって実現性はないとして相手にされなかった¹³と回想している(*Bangkok Post*, Mar.4,2005)。

バンハーン政権下の1996年になって、サグアンの仲介により保健省とEUの共同事業である「保健サービス・システム改革計画(Khrongkan patirup rabop borikan satharanasuk)」が開始される。この計画をきっかけに、プライマリ・ヘルス・ケアのモデル確立と国民皆健康保険の実現に向け、内外研究者、保健医療関連従事者、市民組織の間で共同研究と啓蒙活動が開始される。同年に保健省、保健システム研究所、保健サービス・システム改革計画事務局、EU、WHOがナコーンラーチャシーマー県で、“Health Care Reform: At the Frontier of Research and Policy Decisions”と題する会議を実施し、

プライマリ・ヘルス・ケアのモデル確立と国民皆健康保険の実現における研究と市民の参加の重要性を確認した。さらに同じく1996年に健康カードを管轄する次官室健康保険事務局と保健サービス・システム改革計画事務局¹⁴が、下院保健委員会小委員会（委員長：コンケン県選出ソムサック・クングン議員）と協力して「国民健康保険法案」を作成した。実は2002年のタクシン政権下で成立した「国民健康保険法」のたたき台はすでにこの時点で出来上がっていたのである。しかし、その直後に政権交代があり、法案を提出する機会が失われてしまったのである。他方で、当時の保健省上層部がこれに待ったをかけたのだともいわれている。とはいえ、1997年から98年にかけて保健省は国民皆保険制度の視察のため、11カ国に職員を送っている¹⁵。

一方、国民皆健康保険の実現における市民参加の流れも具体化していった。「国民皆保険制度の実現のための市民ネットワーク（Khruengkhai prachachon phuea ronarong sang lak prakan sukkhaphap）」がそれである。これに参加したのが、消費者財団、エイズ感染者・NGOネットワーク、インフォーマル・セクター・ネットワーク、障害者組織ネットワーク、女性組織、代替農業関連組織、スラム・コミュニティ関連組織、労働関連組織など11の市民組織である（Sa-nguan, 2005: 15）。11の市民組織は、サグアンらが1996年に準備した法案を基礎に自ら法案を作成するとともに、2000年10月から2001年3月にかけて法案の国会提出に必要なだけの6万人分の署名を集めた¹⁶。「国民皆保険制度の実現のための市民ネットワーク」の法案の骨子は以下のとおりである。すなわち、①階層間における、疾病リスクに対する支出の均等化と医療サービスの平等化、②保険サービスの重複回避のため、単一システム・単一基金とすること、③市民、政府（地方自治体）、NGOのそれぞれの代表者からなる国民健康保険政策委員会の設置、④サービスの品質維持のため前三者からなる委員会を設置すること、⑤保険基金の財政として、直接税、間接税、目的税、その他財源からの移転資金を充てること、⑥伝統医療の支援を通じて国民医療の選択肢を拡充すること、⑦人頭割り配分（capitation）制度をとるとともに、医療機関の地域ネットワークを構築し、そのなかに各被保険者を登録させること、⑧市民組織の役割を重視し、これを保険事業の管理者に加えることを妨げないこと、などである。しかしその後、国会で署名者名簿を確認したところ不備が発覚、新たに4000人分の署名を集める必要が生じ、法案提出が頓挫してしまった。

（2）「農村医師官僚」と「タイ愛国党」の同盟

それでは政治家の方は皆健康保険導入に対してどのような態度をとっていたのだろうか。チュアン政権（1997年11月～2001年1月）の下で設置された国家健康システム改革委員会（Kho.Pho.Ro.So.）は皆健康保険導入に向けて調査を進めていた。チュアン政権は、保健省の農村医師官僚と連携しながら、教育分野における憲法ともいえるべき1999年国家教育法に相当するような国民健康法の策定を構想しており¹⁷、その枠組みのなかで皆健康保険制度の導入を考えていたのである。同法の制定準備を目的として設置された国民健康システム改革委員会は、タイ開発調査研究所（TDRI）のアムマーン・サヤームワラー

博士を座長とする皆健康保険開発ワーキング・グループに対し、その導入に向けた調査と提言を求めていた¹⁸。同ワーキング・グループの提言の骨子は、①これは全国民の平等の権利であって社会福祉政策であってはならない、②サービスの購入者（purchaser）とサービスの供給者（provider）を分離する、③プライマリ・ケアと連動した良好なりファール・システムを持つネットワークを構築する、④医療機関ネットワークを前提にしたプライマリ・ケアを整備するとともに、利用者が登録ネットワークを選択できるようにする、⑤導入当初は、公務員、国営企業労働者、民間労働者、およびそれらの家族を対象とする社会保障基金と皆健康保険基金の2基金体制で出発し、将来的にこれを一本化する、などであった。この委員会の最終的な結論は、現在のタイの経済レベルでは皆健康保険財政を維持するのが困難であり、導入には時間をかける必要があるというものだった（Ammar and others, 2001）。チュアン民主党や当時の保健省幹部もそのように考えていたと思われる。

これに対し1998年に結党したタイ愛国党は、1999年半ばから政策分野毎に作業チームを組んだ。医療保健分野では第1次タクシン政権の副保健大臣となるスラボン・スーブワンリー医師ら4人が任命された¹⁹。同チームは、現保健省タイ式医学代替医学開発局長のウィチャイ・チョークウィワット医師²⁰のアドバイスにしたがって、保健省における健康保険の第一人者で、EUとの共同プロジェクトを進めていたサグアン・ニッタヤラムボン医師を招き、意見を聴取したのである。サグアンは、①酒税・タバコ税を財源とする健康増進基金の創設と、②皆健康保険制度の導入の二点を進言した（Amphon & Surani, 2003: 16）。選挙対策の観点からも30 パーツ医療制度の早期導入を政策優先順位の上位に置き、首相就任後その実施に最終判断を下したのがタクシン党首である。

そこで保健医療政策に対する彼自身の認識を確認しておく、民間企業オーナー出身の彼がまず念頭に置いていたのが、それまでバラバラであった公的医療機関と民間医療機関を統一的システムの下に置き、資源の効率化を図る、つまり医療セクターにおける一種のパブリック・プライベート・ミックスを確立するという点であった。作業チームは、タクシンが研究を指示したパブリック・プライベート・ミックスの手法や新たな保険財政の枠組みについて経済政策の研究チームの助言を得ながら検討した結果、皆健康保険の導入に際し、保険会計規模を年間800～1000億バーツと見積もった。これに基づき、①一人当たり月額100バーツの保険料を徴収するとともに、②医療サービス利用の濫用を防止するために一診療当たり20バーツのサービス利用料を課すことを提案し、タクシンはこれを了承した（Amphon & Surani, 2003: 16）。その後最終的に30 パーツ医療制度の財源は、保険料よりも租税による補填に傾斜することになるが、初期のアジェンダは社会保険方式を念頭に置いていたことがわかる。

次に、この作業チームの提言を基礎に党としての政策が形成された。皆健康保険に関する具体的政策としては、既存の社会保障基金（SSS）のカバレッジを拡大し、配偶者や従業員1人以上の事業所も対象とすること、国民健康保険システムの調整管理を行う組織として国民健康保険委員会事務局を勅令により設置すること、国民健康保険法を制定し、3

年の経過期間を経た後に完全実施すること、国民健康保険基金を設立し当該区域の人口比に応じた資金を医療機関に配分すること (capitation)、疾病状況に応じた患者の病院送致を可能にする医療機関ネットワークを構築すること (referral system)、などを定めた。さらに党は国家健康保険基金の財源として、①一般税、②貧困低所得層に分類されない者から一人当たり月額 100 バーツを徴収すること、③機関組織による保険料負担の一種として地域コミュニティから一定額を徴収すること、④外来患者 (phu puai nok) から一回の診療につき 30 バーツを徴収すること、の 4 項目を定めた。さらに、タマサート大学で 2000 年 3 月 26 日に実施された党集会で党員に対して公式に 11 の政策アジェンダが提案されることになるが、その 8 番目に医療保健政策が示された。そのなかでは皆健康保険導入に関して、国民はこの制度の下で官民を問わず自由に医療機関を選択し登録病院とすることができるとしている点が注目される (Amphon & Surani, 2003: 18-19)。

しかし総選挙 2 ヶ月前の 2000 年 10 月になって、党は「保険料月額 100 バーツの徴収」という項目を削除してしまったのである。選挙戦を戦ううえで国民に新たな支出を求めることはプラス材料とはならないという声が候補者から上がったのは当然のことであった。選挙運動に際して配布されたパンフレット『1 回 30 バーツで全ての病気が治せる国民健康保険についての 17 の Q&A』のなかの「国民健康保険基金の財源」の項では、まず国家全体の年間保健医療関連支出を 1000 億バーツと見積もり、その財源は以下の 4 つを想定していたとした。すなわち、①政府は公的医療機関に対し毎年 840 億バーツの予算を支出しているがその配分は非効率であり、したがって党は、医療機関の規模ではなく、保険利用登録人口に応じて予算配分すること、②労働省社会保険事務所からの一人当たり月額 1200 バーツの拠出 (総額 120 億バーツ)、③タムボン自治体、県自治体、コミュニティ設立の各種基金からの拠出、④外来一回当たり 30 バーツを徴収 (年間延べ 1 億 2000 万回 = 36 億バーツ)、の 4 つである。

その後 2001 年 1 月の総選挙でタクシン政権が成立し、3 月 17 日にはタクシン首相が関係省庁の代表者、有識者、市民代表を招集し、自ら主宰して皆健康保険に関する会議を実施した (以下、表-2 参照)。そのなかで保健省のワーキング・グループは、①住区の公的医療機関におけるプライマリ・ケアを重視し、その他のレベルについては官民の医療機関ネットワークを整備していく、②医療機関職員の給与と投資的予算の双方をカバーする人頭割方式による予算配分方式と、総額予算方式を採用する、③一人当たりの年間医療費を 1250 バーツと見積もり、うち 1083 バーツ分を地方に配分、残りを高額医療費として中央に留保しておく、その他経費を加えて総予算を 650 億 7700 万バーツ (4500 万人を対象) とする、などの提案を行った。また、各健康保険基金共通の基準作りを目的とする国民健康保険委員会を設置し、将来予想される基金の一本化に備えるとしている。

サグアン医師ら農村医師官僚や NGO が描いていた具体的な国民皆保険スキームとタクシンらタイ愛国党のそれは、必ずしも一致していたわけではない。しかしながら、地方において健康保険制度を迅速かつ「実質的に」普及させることを通じて農民の生活改善を実現する、という理念レベルにおいては一致をみていた。この点は 30 バーツ医療制度にお

表－2. 30 パーツ医療制度の導入プロセス

2001 年	
2 月 26 日	両院会議で政府所信表明に関する質疑。野党は 30 パーツ医療制度の支出見積もりが低すぎると批判。
3 月 3 日	バッタヤーのアンバサダー・ホテルで、保健省幹部と研究者が 30 パーツ医療制度に関する研究会議開催。健康システム改革，地方分権，官僚制改革，健康サービスの質向上を平行して進めるとの結論出す。
3 月 17 日	首相，30 パーツ医療制度構築に関する戦略会議を首相府で主宰。各省幹部ら 200 人が参加。
4 月 1 日	30 パーツ医療制度第 1 フェーズ開始，6 県で制度導入。
4 月 11 日	首相，国王に拝謁，国王は 30 パーツ医療制度開始に際し，移動ユニットないし診療車の導入を助言。
4 月 23 日	次官室健康保険事務室，30 パーツ医療制度未導入の県について，健康カードの新規発行および更新を 5 月 31 日までとするよう通達（次官通達 So.Tho.0223.04/Wo.160）。
5 月 15 日	政府提案の国民健康保険法案が閣議承認される。
4 月 24 日	保健省，30 パーツ医療制度の導入に向け 10 の小委員会を設置（So.Tho.0215/21/310）。
6 月 1 日	30 パーツ医療制度第 2 フェーズ開始，15 県があらたに参加。
6 月 11 日	次官室に医療機関の資金管理能力向上に関する作業委員会が設置される（保健省通達 574/2544）
6 月 22 日	次官室地方病院課と地方保健課，健康サービス・ネットワーク開発事務局に改組統合（保健省通達 500/2544）。
8 月 15 日	閣議の諮問機関として国民健康保険政策委員会及び 7 つの小委員会が設置される（首相命令 251/2544）。
10 月 1 日	30 パーツ医療制度第 3 フェーズ開始，残る 54 県が参加，75 県すべてで導入完了。バンコクについては区割り作業の遅滞のため，低所得層が多く緊急性の高い郊外 13 区でのみ導入開始。
11 月	下院特別委員会で修正の後，国民健康保険法案が下院審議にかけられる。
11 月 13 日	医療機関の資金管理能力向上に関する作業委員会が小委員会に格上げされる（保健省通達 1076/2544）。
12 月 6 日	保健省 C8-9 級 70 人の人事異動発令，30 パーツ医療制度導入推進者に報復的な人事がなされる。
2002 年	
4 月 1 日	バンコク全区で 30 パーツ医療制度導入完了，これにより全国で導入が完了。
5 月	ウィナイ・ウィリヤキッチャー保健次官，30 パーツ医療制度の推進者の一人であるスウィット・ウィブーンポンブラサート副次官を国王に対する不敬疑惑で謹慎処分とする文書に署名。
5 月	国民健康保険法案が下院通過，上院に送られる。
9 月 30 日	次官室健康保険事務局，「低所得者医療費扶助制度（So.Po.Ro.）」の廃止に伴い同会計を閉鎖。同予算の未使用分については国庫に返還するよう各医療機関に指示（次官通達 So.Tho.0223.02/Wo.891）。

10月8日	次官室健康保険事務局，2002年度予算繰越分（健康カード回転資金からの予算含む総額17億8000万バーツ）を各県保健事務局に配分。予算執行にあたっては「2002年皆健康保険計画に関する保健省規律」に従う旨通達（次官通達 So.Tho.0223.04/Wo.896）。
11月18日	「2002年国民健康保険法」，官報に掲載。
11月26日	閣議，国民健康保険事務局長にサグアン・ニッタヤーラムポン保健副次官，副事務局長にピパット・インセーリー次官室健康保険事務局長，プラティープ・タナキットチャルーンを起用する旨承認。

（出所）So.Po.So.Cho. ニュースレター各号，タイ研究基金事務局（So.Ko.Wo.）のタイ動向モニタリング計画 <http://ttmp.trf.or.th/>（タイ語）の各年各月版，（Amphon & Surani, 2003：17）などをもとに筆者作成。

ける人頭割予算配分方式の導入という一点において象徴的に見て取れる。すなわち，先に述べたように，かつてサグアン医師は低所得者向け医療費扶助制度について予算局と協力しながら人頭割配分（capitation）を導入し，時として政治関与によって配分が歪められるといった従来型の配分システムの弊害を是正した経緯がある。他方，先述の「中抜き型」の統治スタイルを志向したタクシン首相およびタイ愛国党にとって，この人頭割予算配分方式は好ましいものであった。

そして，保健省はモンコン・ナ・ソクラー次官の下で，タクシン政権が成立する以前の1999年に，世界銀行の社会投資計画（SIP）の融資を得て，パヤオ，ナコーンサワン，ヤソートーン，パトゥムターニー，サムットサーコーン，ヤラーの6県で，新しい予算配分制度の下で「貧困者向け医療扶助制度」を実施していたので，新政権成立直後の4月1日からこの6県を第1フェーズとして30パーツ医療制度の導入を開始することができたのである。

さらにタクシン政権成立5ヶ月目にして，次官室地方病院課と同地方保健課が両輪となって築いてきた伝統的予算配分システムに手が付けられることになるのである。すなわち，先に述べたように，中核病院や一般病院への予算配分や監督については次官室地方病院課が，郡病院，保健所等については次官室地方保健課が主管課であったが，6月をもってこの二つの課が統合され，次官室健康サービス・ネットワーク開発事務局に改組されたのである²¹。しかし改組統合といっても，その役割は文字通り医療機関ネットワークの開発に限定され，予算規模は3900万バーツ（2002年時）という小部局に格下げされてしまったのである。

3. 保健省「保守派官僚」からの抵抗

（1）ウィナイ次官の抵抗

保健官僚からの反発がなかったかといえば，そうではない。反発の急先鋒となったのが2001年10月に保健次官に就任し，退官後タイ国民党副党首となったウィナイ・ウィリヤキッチャー医師であった。彼自身は，モンコン・ナ・ソクラー前次官が敷いた地方分権化路線を撤回し，就任一ヶ月目にして保健分野地方分権支援開発事務局を閉鎖するなど，

保健省の機構改革にはもともと消極的な姿勢を示していた。ましてや地方医療機関への予算配分過程や指揮系統の大幅な変更を伴う 30 パーツ医療制度には反対で、保健次官の権限に抵触する 30 パーツ医療制度実施センター²²をたびたび閉鎖しようと試み、さらに同制度を自身の思想に従ってデザインしようとした。またウィナイ次官は、保健省内の「農村医師官僚」の中心的人物で、30 パーツ医療制度を支えるブレーンであるサグアン副次官やスウィット・ウィブーンポンプラサート副次官の省内における影響力を排除すべく、両者を C-8、9 級職員の昇進考課委員会メンバーから排除したり、さらにはスウィット副次官を職務停止に追い込むなど、同制度の導入に対して執拗に抵抗した²³。

ウィナイ次官の戦略は、少なくとも大病院、すなわち中核病院や一般病院を 30 パーツ医療制度から切り離して、「保守派官僚」の影響力を部分的にせよ温存することであった。すなわち、2003 年度については大病院を 30 パーツ医療制度の人頭割り予算スキームから除外し、既存の予算配分方法、すなわち病床数や職員数に比例して配分する方法を適用する一方、郡病院や保健所については 30 パーツ医療制度のスキームへの参加を妨げないとする方針を、スラポン副大臣に相談することなく発表してしまう場面もあった。高度な医療設備や豊富な職員数を擁する大病院は、30 パーツ医療制度の人頭割り予算スキームにより、登録人口が少なくなると予算配分が減少するため、たちまち経営難に陥る可能性があったから、当初から次官は大病院からロビー活動を受けていた。ウィナイ次官のこうした戦略は、政治家主導で実施に移された地方保健医療サービス機関に係る命令系統の統合、すなわち 2001 年 6 月の次官室健康サービス・ネットワーク開発事務局の新設に抵抗する動きでもあった。

(2) 国会審議

30 パーツ医療制度の根拠法として政府から提案された国民健康保険法案は、2001 年 5 月 15 日、政権発足後わずか 4 ヶ月目で閣議了承された。その後 11 月 21 日に政府案が下院の第 1 読会²⁴を通過した後、下院内に 35 人から成る特別委員会が設置され、23 回にわたって審議が行われた。その間、コンケン、チェンマイ、バンコク、ソンクラの 4 ヶ所で一般市民を対象とする公聴会が開かれた。国民健康保険法案については、政府提出案以外に、プーミン・リーティーラプラサート議員（タイ愛国党）らのグループ、プリーチャー・ムシクン議員（民主党）らのグループ、アムヌアイ・克蘭パー議員（タイ愛国党）らのグループ、シッティチャイ・キッティタネートウォン議員（タイ国民党）らのグループ、スワット・ワンナシリクン議員（タイ愛国党）らのグループの提出案²⁵があったが、政府提出案を軸に審議が行われた。2002 年 5 月 8 日には第 2 読会、5 月 15 日には第 3 読会を、基本的には原案通りかつほぼ全会一致で通過した。5 月 31 日には法案が上院第 1 読会に送られ、全会一致で承認された。その後 34 人から成る国民健康保険法案審議特別委員会が設置され、6 月から 8 月にかけて 14 回にわたる審議を行った（Amphon & Surani, 2003 : 29-31）。

このように政権成立から 1 年余りというスピードで上院審議に漕ぎ着けた同法案であっ

たが、ここに至って一部の医師グループと保健省内の30パーツ医療制度導入反対派から抵抗の動きが顕在化した。既存の社会保障基金（SSS）や公務員医療保障（CSMBs）と30パーツ医療制度を将来的には単一の基金に統合することに道を開く第9条、第10条および第11条に反対し、医師グループらが上院議員に対しロビー活動を行ったのである。民間病院協会会長代理で上院特別委員会アドバイザーのウアチャート・カーンチャナピタック医師は、すでにある公務員や民間労働者の医療保険に政府が新たに干渉すべきではなく、無保険者には政府財政の許す範囲で福祉をやればよいと、皆健康保険制度の導入そのものへの反対とも受け取れる発言をし、上記3条項の削除を主張した。さらに一部の医師グループは、医療機関に対するチェック体制や医療過誤に対する賠償責任について定めた条項を削除するようロビー活動を行った。特別委員会は8月3日、3条項を削除する決議を行った。これに対しスダーラット保健大臣は、法案から3条項を削除してしまうと貧困者向けの社会福祉法になってしまう、政府は即座に既存の基金と統合する意思はないとして反対派を説得した（*Matichon*, Aug. 10, 2002）。

結局、政府の圧力で特別委員会が押し切れられ、若干の修正が加えられたものの、第9・10条を基本的に温存したまま、8月29日から31日の3日間で第2読会、第3読会を通過した。下院は10月9日にこの上院案を追認し、最終的に11月18日に国民健康保険法が施行となった。

結びに代えて

以上、30パーツ医療制度に関する2002年国民健康保険法成立までの動きをみてきた。これらのことから、30パーツ医療制度の導入にあたっては、①低所得者向け医療扶助制度や、健康カード・スキームなど、すでに多くの蓄積が保健省内に存在していたこと、②導入を推進したアクターについて言えば、タイ愛国党と保健省内の「農村医師官僚」の連携があったこと、③ウィナイ次官を頂点とする、双方に批判的な保健省内の保守派官僚からの抵抗があったこと、などのポイントが観察できる。ポピュリスト的路線をとり、基層レベルを重視するタイ愛国党は必然的に「農村医師官僚」と連携を取るようになったのである²⁶。

本稿は2002年の国民健康法成立までしか扱っていないが、タクシン政権下における30パーツ医療制度のその後の運用上の問題点については別途検討することにしたい²⁷。

注

- 1 本稿は、2006年7月の日本タイ学会第8回大会での報告（「30パーツ医療制度の政策決定過程」）をベースとしている。また、2005年度の「特別研究費（Ⅱ）」（学内経費）を得て実施された「2020年におけるアジアの姿」プロジェクトの成果の一部でもある。なお、匿名のレフェリーから詳細なコメントを頂いた。記して謝意を表したい。
- 2 たとえばタイの労働政策と社会保障を紹介したものとして末廣（2003）、インドネシア、フィリピン、タイの社会保障制度を紹介したものとして、菅谷（2003）や菅谷（2004）がある。地域研究者による本格的な比較研究の試みとしては、末廣編（2006）などがあるのみである。同書は、

タイ、マレーシア、シンガポール、インドネシアを研究対象に含んでいる。

- 3 診療一回につき 30 パーツの負担で、疾病の診断・治療（伝統治療営業法に定める伝統医療を含む）、出産（2 回以内）、歯科治療、国家基本薬剤リスト（banchi ya lak haeng chat）に沿った薬剤、リファーマル（下位医療機関から上位医療機関への送致）などのサービスがカバーされるものである。またこの制度は、国民皆保険を実現するとともに、プライマリ・ケアすなわち保健所や郡病院レベルにおける一次医療の拡充強化を意図したものである。
- 4 タクシン首相はその後 2006 年 9 月 19 日のクーデタにより失脚した。
- 5 「農村医師官僚」については、河森（2006）を参照されたい。
- 6 ただし、実際にそのような資源配分が実現したかどうかについては今後詳しく検討していく必要があろう。
- 7 保健省は 1983 年 3 月、「母子保健開発基金計画（Khronkan kongthun phatthana anamai mae lae dek）」と称する計画を 7 県（コンケン、ラムプーン、ローイエット、ナコーンサワン、パッブリー、ラーブリー、ソンクラ）の 8 タムボン（郡の下に位置する行政単位）・18 村で試験的に開始し、これを基礎に、一家族あたり 500 パーツの拠出と政府補助金 500 パーツを原資に運営される任意の健康保険である「健康カード計画」が導入されることになる。
- 8 ただし「低所得者カード」政策は、官僚機構の非効率性を背景に、ターゲット人口に対しサービスが適正に給付されないという弊害が伴った。すなわち、受給資格者にサービスが行き届かない一方で、無資格者にカードが発行されるということが起こったのである。また、農家収入は季節変動を伴うので所得認定には困難が伴い、病院のソーシャル・ワーカーは所得見積もりを抑制する傾向があった。これらの弊害に対しては、低所得者の認定においてコミュニティ住民が参加するという方法がとられたものの、対策としては不十分なものであった。また、「低所得者カード」の適用範囲の拡大は、厳密な資格規定を欠いたため、富裕な高齢者もサービスが適用されてしまうことになった。また、医療従事者がサラリーマン公務員で、低所得者の確定や患者のニーズに対する責任意識が希薄になるという「公的包括モデル（public integrated model）」の欠陥は依然として温存されたままであった。（Viroj,Siriwan & Samrit 2003：113－117）
- 9 「ト一種」では 30 パーツの受診料が免除される。
- 10 なお郡病院、保健所以外に、郡病院分院、コミュニティ保健サービス所がある。
- 11 30 パーツ医療制度関連予算 480 億パーツは人件費分 239 億パーツを含んでおり、人的資源の面でも基層レベルへの配分を厚くすることができる仕組みになっている。
- 12 なお、保健省内で地域医療に強い関心のある医師、すなわち「農村医師官僚」といわれる医師の一部がこのプリンス・レオポール熱帯医学校に留学した。同校はプライマリ・ヘルス・ケア研究の分野で著名で、サグアンは同校留学組の中心人物である。彼はタイにおけるプライマリ・ヘルス・ケアのモデルを確立すべく、アユタヤー、シーサケート、ナコーンラーチャシーマー、パヤオ、ソンクラなどパイロット事業を主導した。
- 13 すでに述べたとおり、30 パーツ医療制度は人頭割り予算システムをとるが、タクシン政権下で野党となった民主党は、一人当たりの予算配分（2004 年時で 1308.5 パーツ）が少なすぎるとの批判を繰り返している。
- 14 双方ともサグアンが事務局長を務めていた。
- 15 保健システム研究所からこの 11 カ国の国民皆保険制度についてのレポートが発表されており、サグアンはニュージーランドについて報告している。
- 16 法案の提出に必要な署名数は 5 万である。なお、この署名運動で最初に署名したのが、ブレイム政権下の保健大臣で、多くの農村医師官僚が集った「農村医師財団」の精神的支柱でもあったセーム・プリンプアンゲーオ医師であった。
- 17 この点については、河森（2006：11－16）を参照。
- 18 サグアン・ニツヤラムボン医師もこの委員会の委員であった。
- 19 ちなみにサグアンもスラボンもマヒドン大学医学部出身で、サグアンの方が先輩にあたる。それぞれ 1970 年代における同大学の学生運動では中心的な役割を果たした。この点については河森

- (2006:17) を参照。
- 20 ウィチャイ医師は保健省内「農村医師官僚」グループの草分け的存在で、マヒドン大学医学部ではサグアン医師の先輩にあたる。この点については河森（2006:4）を参照。
 - 21 2001年6月22日付け保健省命令500/2544号。さらに2002年10月2日付けで施行された「省・庁・局の改組に関する法律」により、同事務局は「保健サービス・システム開発事務局」に名称変更された。
 - 22 通称「ウォー・ルーム（作戦室）」と呼ばれ、スラボン副大臣がこれを主宰した。
 - 23 2001年12月6日付けのC-8、9級70人の異動では30パーツ医療制度に対する報復的人事が行われ、これに異論を差し挟んだスラボン副大臣に対しウィナイ次官は、同級の最終的な決定権は次官にあるとの法的根拠を盾に反論した。また、スウィット副次官が職務停止になったのは、同氏が2001年にトラン県で行った30パーツ医療制度に関する講演のなかで、王室に対する不謹慎な発言があったとの理由による。なお、スダーラット保健大臣はウィナイ次官に近いとされ、スラボン副大臣はスダーラット大臣に対し、30パーツ医療制度に批判的なウィナイ次官の言動について然るべき措置を取らない場合は辞任する旨発言した（*Nation*, Jun.1, 2002）。
 - 24 タイでは法案の制定にいたるまでに、上下両院でそれぞれ3回の審議・採決の手続きを経る。
 - 25 このスワット議員らの提出法案の土台は、実際には前述の「国民皆保険制度の実現のための市民ネットワーク」が作成した法案である。
 - 26 タイ愛国党が基層レベルを重視した事例として、既述の事例以外に保健所における看護師の拡充がある。全国に76,004人いる看護師の内訳は、大卒44,461人、高卒31,543人であったが、保健所勤務の大卒看護師は586人に過ぎなかった。これに対し30パーツ医療保障制度のもとでは、3～5年の経験を持つ大卒看護師を1万カ所以上ある保健所・保健サービスセンターの看護師長とする計画を発表した（*Phuchatkan*, Dec.13, 2001, *Matichon*, Dec.15, 2001）。
 - 27 タクシン首相は2006年9月19日のクーデタで失脚したが、その後に成立したスラユット政権は、名称はともかくその基本的な制度枠組は維持していくとの方針である。新政権下の動向についても別の機会に論ずることにしたい。

参考文献

（タイ語文献）

- Ammar Siamwala and others (2001), *Kho sanoe rabop lak prakan sukkhaphap thuan na* (皆健康保険制度に関する提言), Bangkok: So.Wo.Ro.So.
- Amphon Chindawatthana and Surani Phipatrochanakamon (2003), *Phatthanakan thang nayobai khong kan sang lak prakan sukkhaphap thuanna nai prathet thai* (タイにおける皆健康保険構築に関する政策的展開), Bangkok: So.Wo.Ro.So.
- Phongphisut Chongudomsuk (2004), *Kwa cha pen lak prakan sukkhaphap thuan na* (皆健康保険ができるまで), Bangkok: So.Po.So.Cho.
- Sa-nguan Nittayaramphong (2005), *Bon sen thang su lak prakan sukkhaphap thuan na* (国民皆健康保険への道程), Bangkok: Matichon.
- Wirot na Ranong and Anchana na Ranong (2002), *Rai-ngan chabap sombun lem thi 3: rai-ngan wichai rueang kan tit tam pramoen phon kan damnoen khrongkan 30 bat raksa thuk rok khong krasuang satharanasuk* (最終レポート第3巻: 保健省30パーツ医療保障制度評価研究報告), Bangkok: TDRI.

（英語文献）

- Viroj Tangcharoensathien, Siriwan Pitayarangsarit and Samrit Srithamrongsawat (2003), "Mapping Health Insurance in Thailand-Directions for Reform" in Neil Soederlund, Pedro Mendosa-Arana and Jane Goudge eds. (2003), *The New Public/Private Mix in Health: Exploring the Changing Landscape*, Geneva: Alliance for Health Policy and System Research.

(日本語文献)

- 河森正人 (2006), 「タイ保健医療政策の展開と『農村医師 (モー・チョンナボット) 官僚』—健康システム改革における『人』・『組織』・『運動』—」『年報タイ研究』第6号, 1-19 ページ。
- 末廣昭 (2003), 「タイの労働政策と社会保障制度—国民への拡充と制度化の試み」上村泰裕・末廣昭編『東アジアの福祉システム構築』東京大学社会科学研究所, 165-182 ページ。
- 末廣昭編 (2006), 『東アジアの福祉システムの行方—企業内福祉と国家の社会保障制度, 論点の整理とデータ集』東京大学社会科学研究所。
- 菅谷広宣 (2003), 「インドネシア・フィリピン・タイの社会保障」広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会, 第7章。
- 菅谷広宣 (2004), 「東南アジアの社会保障—戦略はあるのか?—」大沢真理編『アジア諸国の福祉戦略』ミネルヴァ書房, 183-220 ページ。

(ニューズレター, 新聞)

So.Po.So.Cho. *Chotmai khao samnak-ngan lak prakan sukkhaphap haeng chat* (国民健康保険事務局ニューズ・レター)

Bangkok Post 紙

Nation 紙

Phuchatkan 紙

Matichon 紙

(2006. 11. 2 受理)